

**DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES
RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL**

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier
A renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la surveillance médicale de l'établissement
Fondation Les Bruyères – Dr. Olga PAPAETHYMIU RAPPARD
5, Rue Louis-Curval - 1206 Genève

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____ Domicilié à : _____

Ancienne profession : _____ Médecin traitant habituel : _____

Où se trouve le patient actuellement ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

Motif de la demande :

Antécédents personnels et hospitalisations, allergies :
(merci de joindre une copie de la lettre de sortie)

Diagnosics actuels :

Eléments importants du statut somatique :

Poids : _____ Peau (escarres) : _____

Taille : _____ Autres : _____

Traitement en cours :

Données médicales sur l'état d'autonomie

Psychique problème mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ?

état thymique, trouble du caractère ?

trouble du sommeil ?

Sensorielle vue, audition ?

Locomotrice toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ?

**Problème de
continence** comment sont-ils résolus actuellement ?

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

Si vous êtes le médecin traitant habituel du patient, vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ?

Date :

Timbre et signature :